



PERSONALIDAD Y SÍNDROMES CLÍNICOS: UN ESTUDIO CON EL MCMI-III BASADO EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA

MARGARITA ORTIZ-TALLO¹, VIOLETA CARDENAL², MARTA FERRAGUT³ y
M. VICTORIA CEREZO³

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga

² Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid

³ Grupo de Investigación HUM 300, Universidad de Málaga, Málaga

Resumen: Este trabajo presenta una investigación con 7011 pacientes a los que se les ha aplicado el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) en España. Se estudia la prevalencia y porcentajes de los rasgos clínicos de personalidad y de síndromes clínicos encontrándose mayor frecuencia de rasgos de personalidad compulsiva, narcisista e histriónica y, como síndromes clínicos, del síndrome de ansiedad. Se analiza la prevalencia según el sexo, hallando (a) mayor frecuencia de hombres en los rasgos/síndromes narcisista, paranoide, antisocial, esquizoide, trastorno del pensamiento, abuso de sustancias y abuso de alcohol; y (b) mayor frecuencia de mujeres en las personalidades depresiva, dependiente, evitativa, límite, negativista, y agresivo-sádica, y en los trastornos distímico, somatomorfo, y trastorno de estrés postraumático. Además, se presentan los coeficientes de correlación entre las escalas del Eje II y las del Eje I, controlando el efecto de la variable sexo. Todas las escalas de personalidad correlacionaron con los síndromes clínicos de manera significativa (las escalas compulsiva, narcisista e histriónica correlacionaban en sentido negativo).

Palabras clave: Prevalencia; trastornos de personalidad; síndromes clínicos; MCMI-III.

Personality and clinical syndromes: A study with the MCMI-III in a Spanish sample

Abstract: This work presents a research carried out in Spain with 7011 patients who completed the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). Prevalence and percentages of clinical personality traits and clinical syndromes were studied, finding a higher prevalence of compulsive, narcissistic, and histrionic personality traits, and of the clinical anxiety syndrome. Also, we found (a) higher ratings in men than in women for traits/syndromes narcissistic, paranoid, antisocial, schizoid, thought disorder, substance abuse and alcohol abuse scales; and (b) higher ratings in women than in men for traits/syndromes depressive, dependent, avoidant, borderline, negativistic, aggressive-sadistic, dysthymic, somatoform, and posttraumatic stress disorder. Correlations between the personality scales and the clinical syndromes (i.e., Axis II and Axis I variables), controlling for the effect of sex, were statistically significant (the compulsive, narcissistic, and histrionic scales correlated negatively).

Keywords: Prevalence, personality disorders, clinical syndromes, MCMI-III.

El estudio y valoración de la personalidad como paso previo al tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento ha sido uno de los objetivos básicos de la teoría de

Theodore Millon (Millon, 1983; Millon y Davis, 1997). El autor, ha ejercido gran influencia en la investigación y en la práctica clínica de los trastornos de personalidad. La American Psychiatric Association (APA) en los años ochenta le encarga oficialmente la conceptualización de éstos, incluyendo así en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) el Eje II dedicado

Recibido: 20 febrero 2010; aceptado 12 junio 2010

Correspondencia: Margarita Ortiz-Tallo, Facultad de Psicología, Campus de Teatinos, Universidad de Málaga, 29071 Málaga, España. Correo-e: mortiztallo@uma.es

exclusivamente a los trastornos de personalidad.

A partir de ese momento, toma progresivamente fuerza la necesidad de una evaluación multiaxial, que considera la personalidad en la que se muestran o manifiestan los síndromes clínicos. El objetivo del profesional debe ser comprender el funcionamiento global de la persona y no suministrar una serie de diagnósticos agregados. De esta forma, en el caso de que se valore una persona con ansiedad, con depresión o alejada de la realidad, es fundamental evaluarla en su contexto y dotar de sentido al síndrome clínico a través de su comprensión integral (Millon y Davis, 1998; Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007).

Expuesto y consolidado el modelo de personalidad, Millon diseña y desarrolla instrumentos de evaluación que permitan operacionalizar sus constructos teóricos. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) aparece en su primera versión en el año 1983 y actualmente cuenta con tres versiones. Deriva del modelo integrado de la psicopatología y la personalidad, y, a su vez está coordinado con el modelo multiaxial del *DSM*. Las revisiones realizadas por el autor trataron, por tanto, de adaptar el instrumento tanto a los cambios de la teoría como a las modificaciones realizadas en el eje II de las distintas versiones del *DSM*.

A lo largo de sus tres versiones (MCMI-I, MCMI-II y MCMI-III; Millon, 1983, 1987; Millon, Davis y Millon, 1997), se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para la evaluación de la psicopatología tanto por profesionales de la psicología y psiquiatría como por investigadores de aspectos clínicos (Butcher y Rouse, 1996; Piotrowski, 1997; Sanz, 2007).

Este inventario clínico es un eficaz instrumento psicométrico que permite establecer, con precisión y economía, un continuo entre aspectos funcionales y disfuncionales de la personalidad. Así, el MCMI permite un acercamiento a los estilos normales de personalidad y no sólo a los trastornos de personalidad (Choca y Van Denburg, 1998). Fue adaptada al español su tercera versión (Cardenal y Sánchez, 2007), en la que se llevan a cabo varias aportaciones clí-

nicas con respecto a la versión anterior del MCMI-II, de las que habría que destacar algunas de ellas: incluye un patrón de personalidad, el patrón depresivo, y un síndrome clínico, el síndrome de estrés postraumático. Asimismo introduce una sección de repuestas llamativas en la que el profesional puede detectar síntomas correspondientes a áreas de especial importancia tales como trastornos de la alimentación o abuso infantil.

El MCMI no está exento de críticas: la adaptación española del MCMI-II, según Sanz (2007) presenta varios problemas que tienen que ver, por un lado, con los baremos para la transformación de puntuaciones directas (PD) a puntuaciones tasa base (TB) y, por otro lado, con los índices de validez sobre las bondades diagnósticas de los puntos de corte TB para el diagnóstico. El autor advierte de las limitaciones de esta versión y sugiere no utilizar la adaptación española con fines diagnósticos. Otros autores españoles (Besteiro, Lemoz, Muñiz, García y Álvarez, 2007), en relación a la misma versión del MCMI-II, expresan dudas acerca de que los ítems que componen las escalas deriven de una estructura teórica explícita. Planteando que el objetivo del Inventario es conocer un conjunto de categorías discretas adecuadas para la definición de rasgos de personalidad y síndromes clínicos aplicando un modelo categorial. Hay autores que ponen en tela de juicio la necesidad de utilizar el inventario para identificar trastornos de personalidad. Así, Felipe y Avila (2008) encuentran, en el estudio que llevan a cabo con sujetos clínicos, que muchas de las escalas de trastornos de la personalidad medidas por el MCMI-II pueden ser identificadas en el modelo circumplex de las escalas de adjetivos interpersonales de Wiggins (1996). Otros autores como Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006) creen que hay un uso abusivo de los autoinformes, en general, en la evaluación de trastornos de personalidad. Concluyen que, en función del tipo de instrumento de evaluación utilizado, existen discrepancias en los estudios de comorbilidad entre los trastornos mentales del Eje I y los trastornos de personalidad del Eje II; también afirman que los autoinformes podrían estar sobrediagnosticando trastornos de personalidad.

No obstante, Hsu (2005) señala la evolución del cuestionario MCMI en cada una de sus versiones. Cree que ha habido una mejora sustancial en cada una de ellas en relación a varios aspectos como: el solapamiento de ítems, las puntuaciones de prevalencia o las interpretaciones de las escalas. Propone que, aunque el MCMI en su tercera versión ya ha superado muchas de sus limitaciones, debe seguir perfeccionándose. Craig (2005) plantea la importancia de la interpretación alternativa a las escalas histriónicas, narcisista y compulsiva. Estas escalas cuando aparecen solas sin comorbilidad con otras escalas de personalidad y no correlacionan con los síndromes clínicos, pueden ser indicadoras de salud mental.

El MCMI-III con sus mejoras y avances es considerado en el mundo anglosajón el autoinforme más utilizado y apreciado por los clínicos para evaluar los trastornos de personalidad (Widiger, 2007). En España a pesar de su relativamente reciente adaptación ya se encuentran investigaciones llevadas a cabo con el cuestionario (Cardenal et al., 2008; Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009; Loinaz, Echeburúa, Torrubia, Navarro y Fernández, 2009; Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010; Loinaz, Ortiz-Tallo, Sánchez y Ferragut, 2010). Así se ha utilizado en trabajos que analizan patrones de personalidad y síndromes clínicos en cuestiones como agresiones de pareja, delitos violentos en varones o cáncer de mama en mujeres.

También el MCMI-III está siendo el instrumento de referencia en estudios transculturales (Craig, 1999a; Craig, 1999b; Craig, 2005; Rossi & Sloore, 2005). En este sentido, Van den Brande (2002) apunta la necesidad de realizar investigaciones transculturales en Europa que aporten datos a la comunidad científica, sobre la epidemiología de los trastornos de personalidad y síndromes clínicos. Así, es importante explorar la comorbilidad de los trastornos del Eje II, y, a su vez, la relación de éstos con el Eje I, y conocer las diferencias según el sexo en diferentes países y culturas, arrojará luz sobre las similitudes y diferencias existentes en la prevalencia. Por tanto, con este objetivo el presente estudio pretende aportar datos novedosos, en relación a la variable sexo, de una amplia muestra de pacientes que han cumplimentado el Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-III) en España.

MÉTODO

Participantes

La muestra la componen 7.011 pacientes (con diferentes trastornos clínicos) que han sido evaluados por profesionales clínicos en diversos hospitales y/o consultas psicológicas de todas las regiones de España con fines clínicos y/o de investigación. Representa el total de las personas que han contestado al Inventario Clínico (MCMI-III) durante el año 2007, una vez llevada a cabo la adaptación. Las pruebas se aplicaron entre los meses de marzo y noviembre de ese año. El 48.8% son hombres y el 51.2% mujeres. Las edades de los pacientes están comprendidas entre 16 y 75 años ($M = 35,21$, $DT = 11,49$). El Inventario utilizado hace una distinción en cuanto al baremo según estén los pacientes hospitalizados o no. En esta muestra, las personas hospitalizadas son el 6,1% (de los cuales son hombres el 2,8% y mujeres el 3.3%), siendo el 93.9% las personas sin hospitalización (54,8% hombres y 39,1% mujeres).

Instrumentos de evaluación

Se administró la adaptación española (Cardenal y Sánchez, 2007) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997) de forma individual por profesionales de la psicología y psiquiatría en España. El MCMI-III es una escala de autoinforme con 175 ítems que evalúa 14 patrones de personalidad, y 10 síndromes clínicos. Está basado en las anteriores versiones de MCMI-I y MCMI-II. Los ítems tienen dos opciones de respuesta (verdadero-falso). Los patrones de personalidad evaluados por el MCMI-III son los siguientes: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide; siendo estos tres últimos considerados patrones de personalidad graves. El MCMI-III considera que, para cada uno de los estilos, una puntuación de prevalencia entre 75 y 85 indica rasgos clínicos de personalidad, mientras que a partir de una puntuación de 85 indica un nivel

de funcionamiento crónico y moderadamente grave, un trastorno de la personalidad.

Con respecto a los síndromes clínicos, el MCMI-III evalúa 10 síndromes relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Estos tres últimos son considerados, en este inventario, como los de mayor gravedad. La mayoría de estos trastornos tienen correspondencia con los trastornos codificables en el Eje I del DSM-IV.

El MCMI-III posee cuatro escalas de validación. La escala de *Sinceridad* indica si la persona es franca y reveladora o reticente y reservada. Si la puntuación directa es menor que 34 o mayor que 178, se invalida la prueba. La escala *Validez* es altamente sensible a respuestas descuidadas, confusas o al azar, siendo la puntuación 2 la que invalida la prueba. El índice de *Deseabilidad Social* evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia de la persona a mostrarse socialmente atractiva, moralmente virtuosa, o emocionalmente estable. Puntuar por encima de 75 indica esta tendencia a presentarse favorable, ocultando dificultades psicológicas o interpersonales. Por último, el índice de *Devaluación* refleja tendencias opuestas a las mostradas en la escala de *Deseabilidad Social*. Si presenta puntuaciones por encima de 75, la persona se está despreciando o devaluando en sus dificultades emocionales y problemas interpersonales.

Tiene buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad test-retest entre 0,84 y 0,96 y una consistencia interna superior a 0,80. Analizando la consistencia interna de cada escala, observamos que la validación del cuestionario tiene una fiabilidad adecuada, superando en más de 21 escalas el valor de coeficientes alfa 0,75. La consistencia interna de las escalas que oscilan entre 0,66 y 0,75 son las escalas compulsiva (0,66) narcisista (0,70), y esquizoide (0,75); entre 0,76 y 0,85, las demás escalas de personalidad: antisocial (0,76), evitativa (0,85), depresiva (0,85), dependiente (0,79), agresivo-sádica (0,79), histriónica (0,80), negativista

(0,81), autodestructiva (0,83), límite (0,82), paranoide (0,82), esquizotípica (0,85). La fiabilidad de los síndromes clínicos también es adecuada: oscila entre 0,71 y 0,75 las escalas de dependencia del alcohol (0,71), trastorno bipolar (0,72) trastorno delirante (0,75); y por encima de 0,75 todas las demás escalas: dependencia de sustancias (0,80), trastorno de ansiedad (0,83), trastorno somatomorfo (0,83), trastorno de estrés postraumático (0,86), trastorno del pensamiento (0,86) trastorno distímico (0,87) y depresión mayor (0,88). Las escalas que evalúan sinceridad muestran la siguiente consistencia interna: deseabilidad social (0,80), y devaluación (0,92).

En nuestra muestra de 7.011 sujetos, la consistencia interna obtenida es muy similar a la validación del cuestionario. Obtenemos coeficientes de fiabilidad superiores a 0,75 también en 21 escalas. Concretamente, la consistencia interna de las escalas que oscilan entre 0,61 y 0,75 son las escalas histriónica (0,61) compulsiva (0,63), esquizoide (0,72) y narcisista (0,72); y superiores a 0,81, las demás escalas de personalidad: evitativa (0,81) antisocial (0,81), dependiente (0,83), agresivo-sádica (0,84), negativista (0,85), autodestructiva (0,86), límite (0,86), paranoide (0,84), esquizotípica (0,87) y depresiva (0,89). La fiabilidad de los síndromes clínicos también es adecuada: oscilan entre 0,75 y 0,80, las escalas de trastorno bipolar (0,75), trastorno delirante (0,76) y dependencia del alcohol (0,79); y por encima de 0,86 todas las demás escalas: trastorno somatomorfo (0,86), dependencia de sustancias (0,86), trastorno de trastorno de ansiedad (0,88), estrés postraumático (0,88), trastorno distímico (0,89) trastorno del pensamiento (0,89) y depresión mayor (0,90). Las escalas que evalúan sinceridad tienen una consistencia interna de 0,66 (deseabilidad social) y 0,94 (devaluación).

Procedimiento

El Inventario Multiaxial de Millon, (MCMI-III, Millon, Davis y Millon, 1997) ha sido administrado de forma individual por cada clínico (psicólogo o psiquiatra) en su lugar de trabajo en las distintas ciudades de España.

Este instrumento se corrige mediante vía telemática de manera que cada profesional accede al programa informático de la editorial TEA a través de internet. Los datos recogidos han sido cedidos por Técnicos Especialistas Asociados (TEA) para esta investigación. Se han seleccionado el total de datos recogidos en toda

España, durante 10 meses del año 2007, entre los meses de febrero y noviembre. Son los primeros datos recogidos tras la adaptación y publicación el cuestionario a principios de ese mismo año. La recopilación y tratamiento estadístico fueron llevados a cabo por los autores del artículo.

Tabla 1. Prevalencia de rasgos clínicos de personalidad ($N = 7.011$)

	<i>Muestra total</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		χ^2
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Compulsiva	1493	20,90	746	49,96	747	50,03	0,99
Narcisista	1075	15,00	754	70,13	321	29,80	230,11*
Histriónica	1074	15,00	433	40,31	641	59,68	36,56*
Depresiva	703	9,80	254	36,13	449	63,86	50,23*
Dependiente	647	9,00	164	25,34	483	74,65	156,83*
Evitativa	631	8,80	213	33,75	418	66,24	22,65*
Paranoide	383	5,30	251	65,53	132	34,46	45,25*
Antisocial	328	4,60	220	67,07	108	32,92	45,83*
Esquizoide	249	3,50	173	69,47	76	30,52	44,06*
Límite	172	2,40	65	37,79	107	62,20	8,58*
Negativista	144	2,00	42	29,16	102	70,83	22,71*
Agresivo-sádica	76	1,10	28	36,84	48	63,15	4,41*
Esquizotípica	55	0,80	33	60,00	22	40,00	2,77
Autodestructiva	34	0,50	17	50,00	17	50,00	0,02

* $p < 0,05$

Tabla 2. Prevalencia de síndromes clínicos ($N = 7.011$)

	<i>Muestra total</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		χ^2
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Trastorno de ansiedad	3372	47,10	1560	46,26	1812	53,74	16,67*
Trastorno distímico	1291	18,00	243	18,82	1048	81,17	567,21*
Depresión mayor	999	14,00	401	40,14	598	59,85	35,00*
Trastorno del pensamiento	989	13,80	701	70,87	288	29,12	223,5*
Dependencia de sustancias	777	10,90	618	79,53	159	20,46	329,13*
Trastorno somatomorfo	776	10,70	120	15,46	646	84,53	377,35*
Trastorno bipolar	738	10,30	379	51,35	359	48,64	2,11
Dependencia de alcohol	680	9,50	413	60,73	267	39,26	42,69*
Trastorno Delirante	671	9,40	315	46,94	356	53,05	1,04
Trastorno de estrés postraumático	189	2,60	70	37,03	119	62,96	10,7*

* $p < 0,05$

Tabla 3. Coeficientes de correlación de Pearson entre las escalas de personalidad y los síndromes clínicos ($N = 7.011$)

<i>Sin variable de control</i>	<i>Trastorno de ansiedad</i>	<i>Trastorno somatomorfo</i>	<i>Trastorno bipolar</i>	<i>Trastorno distímico</i>	<i>Dependencia de alcohol</i>	<i>Dependencia de sustancias</i>	<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	<i>Trastorno pensamiento</i>	<i>Depresión mayor</i>	<i>Trastorno delirante</i>
Esquizoide	0,51	0,58	0,25	0,62	0,38	0,24	0,59	0,58	0,60	0,34
Evitativa	0,62	0,54	0,28	0,65	0,36	0,20	0,60	0,62	0,58	0,31
Depresivo	0,73	0,68	0,45	0,80	0,44	0,30	0,77	0,76	0,72	0,35
Dependiente	0,66	0,54	0,41	0,64	0,37	0,22	0,59	0,63	0,57	0,31
Histriónica	-0,48	-0,48	-0,13	-0,56	-0,28	-0,12	-0,48	-0,56	-0,52	-0,25
Narcisista	-0,46	-0,44	-0,11	-0,55	-0,17	-0,03	-0,44	-0,44	-0,48	-0,02
Antisocial	0,35	0,27	0,53	0,34	0,73	0,85	0,35	0,44	0,30	0,35
Agresivo sádico	0,50	0,40	0,57	0,46	0,64	0,61	0,48	0,56	0,43	0,43
Compulsiva	-0,36	-0,32	-0,42	-0,41	-0,54	-0,56	-0,37	-0,51	-0,38	-0,28
Negativista	0,66	0,57	0,56	0,67	0,56	0,46	0,66	0,73	0,61	0,45
Autodestructiva	0,66	0,60	0,45	0,73	0,51	0,34	0,67	0,71	0,65	0,39
Esquizotípico	0,70	0,61	0,52	0,69	0,49	0,36	0,71	0,79	0,65	0,51
Límite	0,69	0,60	0,62	0,73	0,64	0,55	0,71	0,80	0,69	0,43
Paranoide	0,55	0,45	0,49	0,52	0,45	0,37	0,56	0,57	0,49	0,66
<i>Variable de control: Sexo</i>										
Esquizoide	0,51	0,58	0,24	0,62	0,37	0,27	0,55	0,58	0,60	0,34
Evitativa	0,61	0,54	0,28	0,65	0,35	0,20	0,60	0,63	0,57	0,31
Depresivo	0,73	0,68	0,45	0,79	0,44	0,30	0,77	0,76	0,71	0,35
Dependiente	0,66	0,54	0,41	0,64	0,36	0,23	0,59	0,63	0,57	0,31
Histriónica	-0,51	-0,51	-0,15	-0,60	-0,29	-0,12	-0,52	-0,57	-0,55	-0,26
Narcisista	-0,45	-0,43	-0,09	-0,54	-0,16	-0,03	-0,42	-0,45	-0,47	-0,03
Antisocial	0,35	0,28	0,53	0,34	0,73	0,85	0,35	0,44	0,30	0,35
Agresivo sádico	0,50	0,40	0,57	0,45	0,64	0,61	0,48	0,56	0,42	0,43
Compulsiva	-0,38	-0,33	-0,43	-0,43	-0,55	-0,56	-0,39	-0,52	-0,39	-0,28
Negativista	0,66	0,57	0,56	0,67	0,56	0,47	0,65	0,73	0,61	0,45
Autodestructiva	0,66	0,60	0,45	0,72	0,51	0,34	0,67	0,72	0,64	0,39
Esquizotípico	0,70	0,60	0,52	0,69	0,49	0,36	0,71	0,79	0,65	0,51
Límite	0,70	0,61	0,62	0,73	0,64	0,55	0,71	0,80	0,69	0,43
Paranoide	0,55	0,45	0,48	0,52	0,44	0,37	0,56	0,57	0,48	0,66

Nota. Todas las correlaciones $\geq 0,09$ son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

RESULTADOS

Se estableció la puntuación mínima de 75 en prevalencia para ambos tipos de escalas, las de personalidad y las de síndrome clínico. En el primer caso indicaría la presencia de rasgo clínico de personalidad y en el segundo indicaría la presencia de síndrome clínico.

Realizamos un análisis exploratorio con la finalidad de examinar la prevalencia para cada uno de los rasgos clínicos de personalidad (prevalencia > 75) así como la distribución en cuanto al sexo; asimismo efectuamos un análisis de chi-cuadrado para constatar si las diferencias en prevalencia, entre hombres y mujeres, eran significativas (estos datos se indican en la Tabla 1). Los resultados se presentan ordenados de mayor a menor frecuencia. Se puede observar que las escalas de personalidad que aparecen en mayor medida son las escalas compulsiva (20,90%), narcisista (15%), histriónica (15%) y depresiva (9,80%). En cuanto a la distribución del sexo cabe destacar que existe una mayoría de hombres que obtienen puntuaciones en las escalas de personalidad narcisista, paranoide, antisocial y esquizoide, todas ellas de forma significativa. En cambio, las mujeres son mayoría, estadísticamente significativa, en las escalas depresiva, dependiente, evitativa, límite, negativista y agresivo-sádica.

Por otro lado, en la Tabla 2 se muestran los resultados de prevalencia de los síndromes clínicos, ordenados también según su frecuencia, y su distribución respecto al sexo. Se presenta, además, el estadístico chi-cuadrado para constatar si las diferencias en prevalencia, entre hombres y mujeres, son significativas. Destacan la ansiedad con un porcentaje del 47,1%, seguida de la distimia (18%) y la depresión mayor (14%) como los tres síndromes más frecuentes. En cuanto a la distribución de hombres y mujeres, los síndromes clínicos en los que puntúan más hombres son el trastorno del pensamiento, el abuso de sustancias y la dependencia de alcohol, de manera significativa. Las mujeres, en cambio, son mayoría, con una diferencia significativa, en distimia, trastorno somatomorfo, y trastorno de estrés postraumático.

Se presentan, en la Tabla 3, los coeficientes de correlación de Pearson y los coeficientes de

correlación parciales, controlando la variable sexo, entre las escalas de personalidad y las de síndromes clínicos. Los resultados indican que todas las escalas de personalidad correlacionan positiva y significativamente con todos síndromes clínicos, a excepción de las escalas de personalidad histriónica, narcisista y compulsiva que correlacionan significativamente de forma negativa con todos los síndromes clínicos. Teniendo en cuenta los coeficientes que superan el 0,60, las relaciones con mayor número de síndromes clínicos corresponden a la escala de personalidad depresiva, autodestructiva, esquizotípica y límite. Esta última escala de personalidad es la que mayores coeficientes de correlación arroja con la mayoría de síndromes clínicos. Destaca que las escalas de la personalidad antisocial y agresivo sádica obtienen coeficientes de correlación muy elevados con el abuso de alcohol y sustancias.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio apoyan las principales conclusiones sobre el MCMI-III de Millon et al. (1997), corroborando las propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario, así como su posible utilidad clínica.

Las tres escalas de personalidad resultantes de mayor prevalencia, la histriónica, la narcisista y la compulsiva, correlacionan significativamente de forma negativa con todos los síndromes clínicos. Este hallazgo corrobora las conclusiones a las que ha llegado el equipo de Millon (Craig, 2005) de que estas escalas del MCMI cuando aparecen solas podrían estar indicando salud mental o equilibrio personal. En la misma línea se ha comprobado en investigaciones con población "normal" que los sujetos no clínicos tienden a puntuar alto en alguna de estas tres escalas de forma aislada (Barret y Etheridge, 1994; Boyle y Le Dean, 2000; Sinha y Watson, 1999). Las tres escalas tienden a incluir rasgos normales, a diferencia de otras, como dice el propio autor del inventario, que pone de ejemplo contrario las escalas antisocial y la sádica que serían consideradas desadaptativas incluso a niveles moderados de expresión (Millon, 1997, Millon y Davis, 2001). La con-

clusión en los estudios americanos mencionados es que, en principio, estas escalas evalúan personalidad sana y que, cuánto más alta sea la puntuación de prevalencia y, a la vez, haya correlación con síndromes clínicos más probable será que indique una alteración de la personalidad. Nos parece una importante aportación en España para la correcta interpretación del MCMI-III.

El hecho de que en esta muestra sean las tres escalas más prevalentes hace pensar que hay un grupo amplio de sujetos no necesariamente clínicos. Se podría explicar por el hecho de que un porcentaje alto de las personas que solicita ayuda psicológica acude con problemática relacionada con la toma de decisiones, problemas laborales o conyugales; sin necesidad de mostrar ninguna alteración de la personalidad.

La escala depresiva de la personalidad es la siguiente en prevalencia destacando una mayor frecuencia, de forma significativa, en las mujeres. Este dato concuerda con estudios que informan de la mayor afectación de estados depresivos en las mujeres y podría reforzar la decisión de haber incluido en la versión tercera del Inventario la escala. Millon y Davis (2001) plantean que algunos individuos deprimidos presentan ese estado de ánimo como resultado de una forma de pensar, sentir y percibir, justificando así la necesidad de la existencia de una personalidad depresiva y proponiendo su inclusión en próximas versiones del DSM.

Las mujeres también cumplen criterios clínicos más frecuentemente y de forma significativa en las escalas dependiente, evitativa, límite, negativista y agresivo-sádica, siendo patrones considerados de rendición, de sumisión y de repliegue, y todas con dificultades para experimentar placer y disfrutar de las experiencias positivas de la vida (Millon y Davis, 1998), resultados en la misma línea de estudios españoles realizados con mujeres y el MCMI-III (Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009). En relación a la escala límite igualmente las mujeres presentan puntuación clínica en mayor proporción, casi en el doble de casos, siendo esta diferencia también significativa. Sin embargo un 2,4% del total de personas puntúan por encima de 75 en prevalencia, a diferencia de investigaciones que plantean una prevalencia del 10% en

la población clínica (Millon y Davis, 2001; Zimmerman, Rothschild y Chelmski, 2005).

Por su parte, los varones obtienen puntuaciones clínicas más frecuentemente, de manera significativa, en las escalas de personalidad narcisista, paranoide, antisocial y esquizoide. El comportamiento antisocial, además de ser más frecuente en los hombres, presenta una alta correlación con el abuso de sustancias y alcohol (Flynn, 2005; Loinaz, Echeburúa, Torrubia, Navarro y Fernández, 2009; Loinaz, Ortiz-Tallo, Sánchez y Ferragut, 2010). Asimismo en estudios anteriores, en España, sobre personalidad y violencia, con el MCMI, se ha encontrado que las escalas de personalidad antisocial, narcisista y paranoide forman parte de un mismo cluster o perfil psicológico en el que, además, se encuentran correlaciones con los síndromes clínicos de abuso de sustancias, trastornos del pensamiento y trastorno bipolar (Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010; Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal, y Sánchez, 2006; Ortiz-Tallo, Cardenal, Blanca, Sánchez y Morales, 2007). En el estudio que aquí se presenta el trastorno del pensamiento y el trastorno bipolar son también los dos síndromes clínicos que, tras el abuso de sustancias y alcohol, más correlacionan con los rasgos antisociales.

La escala que ha presentado menor frecuencia en la muestra analizada y que, además, no presenta diferencias significativas entre la proporción de hombres y la de mujeres con criterios clínicos, es la escala autodestructiva, siendo precisamente éste el patrón de personalidad menos estudiado científicamente y que más discusiones genera en relación a su inclusión o exclusión del DSM (Millon y Davis, 1998).

Centrándonos en los síndromes clínicos más frecuentes en esta amplia muestra española, destacan en primer lugar el trastorno de ansiedad, el trastorno distímico y la depresión mayor presentando, a su vez, altas correlaciones con las escalas indicadoras de trastornos de personalidad. Cuando la ansiedad es un rasgo, hay autores (Endler y Kocovski, 2001) que la consideran característica de personalidad que subyace a muchos trastornos. Asimismo la ansiedad y la depresión se muestran ya desde la adolescencia como los síndromes clínicos que

mayor comorbilidad presentan con las alteraciones de la conducta (Frías, Carrasco, Fernández García y García, 2009). En el estudio que se presenta, en la línea de otras investigaciones, son las mujeres las que más presentan estos síntomas de manera significativa (Altemus, 2006; Bekker y van Mens-Verhulst, 2007; Saiz, Rodríguez, García, Prieto y Saiz-Ruiz, 2009). El trastorno del pensamiento, síndrome de gravedad, que puede representar la existencia de esquizofrenia o, al menos, de psicosis reactivas breves, le sigue a los trastornos del estado del ánimo. La escala del trastorno somatomorfo, expresión de sintomatología a través de alteraciones físicas, es la que mayores diferencias presenta entre hombres y mujeres, siendo éstas las que expresan en mucha mayor proporción sus dificultades a través del cuerpo (Leiknes, Finset y Moum, 2010).

El trastorno de estrés postraumático, escala añadida en la versión tercera del MCMI, a pesar de ser la escala que aparece con menor frecuencia, creemos es de utilidad al identificar a un grupo de mujeres, pero también a hombres, que han vivido experiencias dolorosas que probablemente hayan influido en la aparición o mantenimiento de rasgos de personalidad, especialmente los límites, depresivos, evitativos, esquizotípicos, negativistas y autodestructivos. Todos ellos presentan una muy alta correlación con la escala de trastorno estrés postraumático.

Los datos aportados en este trabajo entendemos que tienen gran interés al basarse en una amplia muestra de sujetos clínicos. Los resultados contribuyen al conocimiento de la epidemiología de los trastornos de personalidad y de los síndromes clínicos, aportando prevalencia de cada uno de ellos en población clínica en España. El análisis descriptivo muestra que el porcentaje de hombres y mujeres que solicitan ayuda psicológica es muy parecido. Esto es acorde con los estudios más recientes que refieren que la prevalencia de trastornos o síndromes clínicos, en general, es similar en ambos sexos, aunque sea en algunos casos algo superior en las mujeres o en los hombres dependiendo del tipo de trastorno (Grant, et al., 2008; King, et al., 2008; Klinge, 2008). La edad media de la muestra es de 35 años, otros estudios europeos y americanos

presentan la edad de manifestación de trastornos entre los 34 a 50 años. (Coid, 2003; Torgensen, Kringlen y Cramer, 2001; Samuels y Eaton, 2002).

Las limitaciones del presente estudio tienen que ver, en primer lugar, con el procedimiento de recogida de los datos, al tratarse de una muestra recogida y cedida de la base de datos de TEA. Es, por tanto, un estudio con pacientes de profesionales distintos de toda España que han podido aplicar el instrumento en circunstancias diversas. Por otro lado, aunque el MCMI-III es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación internacional, se deber recordar que un cuestionario no permite realizar diagnósticos clínicos definitivos. Para un diagnóstico adecuado las fuentes de información deben ser variadas, entre otras, entrevistas al paciente, en ocasiones entrevistas a los familiares, la aplicación de otros cuestionarios y la importante valoración global del clínico. Por ello, no podemos concluir que los datos presentados sean diagnósticos certeros.

En próximos trabajos con datos de la población española se tratará de analizar los datos clínicos relativos a las escalas de personalidad del MCMI-III atendiendo las denominadas facetas de Grossman. Estas son subescalas dentro de cada una de las escalas de personalidad del inventario, lo que permitirá aportar mayor precisión de los atributos de cada estilo o trastorno de personalidad e información sobre su prevalencia en España.

REFERENCIAS

- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potential biological determinants. *Hormones and Behavior*, 50, 534-538.
- Barrett, T.R., & Etheridge, J.B. (1994). Verbal hallucinations in normals-III: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 16, 57-62.
- Bekker, M.H.J., & Van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree, and Background, but Gender-neutral Treatment. *Gender Medicine*, 4, 178-193.
- Besteiro, J.M., Lemos, S., Muñoz, J., García, E., y Alvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 295-306.

- Boyle, G.J., & Le Dean, L. (2000). Discriminant validity of the Illness Behavior Questionnaire and Millon Clinical Multiaxial Inventory-III in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 779-791.
- Butcher, J.N., & Rose, S.V. (1996). Personality: Individual differences and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 47, 87-111.
- Cardenal, V., y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18, 305-324.
- Cardenal, V., Sánchez, M.P., Ortiz-Tallo, M., Arribas, D., Corral, S., Ferragut, M., y Cerezo, M.V. (2008). Relación entre trastornos de personalidad y síndromes clínicos. VII Congreso internacional de la SEAS, Benidorm, 18-20 septiembre (poster).
- Cerezo, M.V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología* 41, 131-140.
- Choca, J. & Van Denburg, F. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 3-10.
- Craig, R. (1999a). Overview and current studies of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 72, 390-406.
- Craig, R. (1999b). Testimony based on the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Review, commentary and guidelines. *Journal of Personality Assessment*, 72, 290-304.
- Craig, R. (2005). *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. New York: John Wiley.
- Endler, N.S., & Kocovski, N.L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 231-245.
- Felipe, E. y Ávila, A. (2008). Trastornos de la personalidad y conducta interpersonal: Un análisis dimensional a partir del circumplex interpersonal. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 33-43.
- Fernández-Montalvo, F.J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-12.
- Flynn, P.M. (2005). Issues in the assessment of personality disorders and substance abusers with the MCMI. En R. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)* (pp. 129-143). New York: John Wiley & Sons.
- Frías, A., Carrasco, A., Fernández, J., García, A. y García, B. (2009). Comorbilidad entre trastornos de conducta y depresión mayor en la adolescencia: prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 1-16.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Hsu, L. (2005). Using critiques of the MCMI to improve MCMI. Research and Interpretations. En R. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. (pp. 290-320). New York: John Wiley & Sons.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., et al. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
- Klinge, I. (2008). Gender perspectives in European research. *Pharmacological Research*, 58, 183-189.
- Leiknes, K. A., Finset, A. & Moum, T. (2010). Commonalities and differences between the diagnostic groups: Current somatoform disorders, anxiety and/or depression, and musculoskeletal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 439-446.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*, 22, 106-111.
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L.M., y Ferragut, M. (en prensa). Evaluación multiaxial en agresores de pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Loinaz, I., Torrubia, R., Echeburúa, E., Navarro, J.C., y Fernández, L. (2009). Implicaciones de las tipologías de agresores de pareja para el tratamiento en prisión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 91.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: Interpretive scoring system.
- Millon, T. (1987). *Manual of the MCMI-II*. Minneapolis: National computer system.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de Personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Davis, R. & Millon C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. Minneapolis: Pearson.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M. J., Cardenal, V., y Sánchez, L. M. (2006). Factores de Personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18, 459-464.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Blanca, M. J., Sánchez, L. M., y Morales, I. (2007). Multiaxial evaluation of violent criminals. *Psychological Reports*, 100, 1065-1075.
- Piotrowski, C. (1997). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in clinical practice. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 1185-1186.

- Rossi, G., y Sloore, H. (2005). International uses of the MCMI: Does interpretation change? En R.J. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory: III (MCMI-III)* (pp.144-164). New York: John Wiley & Sons.
- Saiz, D., Rodríguez, M., García, C., Prieto, R., y Saiz-Ruiz, J. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, 119-127.
- Samuels, J., & Eaton, W. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 189, 536-542.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18, 287-304.
- Sinha, B., & Watson, D. (1999). Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 13, 281-286.
- Torgensen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives General of Psychiatry*, 58, 590-596.
- Van Den Brande, I. (2002). *Empirische validering van de theorie van Th. Millon m.b.t. de persoonlijkheidsstoornissen*. Tesis Doctoral. Bruselas: Vrije Universiteit Brussel.
- Widiger, T. A. (2007). Clinical interviews. En A.M. Nezu & C.M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: a practical guide to conducting randomized clinical trials for psychosocial interventions* (pp. 47-65). New York: Oxford University Press.
- Wiggins, J. S. (1996). *Escala de Adjetivos Interpersonales (IAS). Manual profesional*. Madrid: TEA Ediciones.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). Rates of personality disorders: A clinical-epidemiological analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.